

# 予 診 表

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 女	明 大 昭 平                      年                      月                      日
自宅住所	Tel	血液型
勤務先名	Tel	A・B・ AB・O・?

お尋ね事項	
当院を何で知りましたか	<input type="checkbox"/> 紹介(名前 ) <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ(新聞 ) <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> その他( )
今日はどうなされましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の着色が気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> その他( )
お痛みですか？	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> 痛い
痛いとお答えの方に質問です	<input type="checkbox"/> 冷たい物の時に痛い <input type="checkbox"/> 温かい物のときに痛い <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛い <input type="checkbox"/> 何をしなくても痛い
現在の健康状態を教えてください	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よくない(病名: ) <input type="checkbox"/> 熱がある <input type="checkbox"/> ストレスがある <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中( 月) <input type="checkbox"/> その他( )
現在服用(常用)しているお薬を教えてください	<input type="checkbox"/> 何も飲んでいない <input type="checkbox"/> 市販の薬を飲んでいる( ) <input type="checkbox"/> 処方された薬を飲んでいる( ) ※お薬を飲んでいる方は必ず、お薬手帳か現物の確認をしております。治療をしていく上で必要になりますのでご協力ください。
血圧を教えてください	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高い(薬を飲んでいる・薬を飲んでいない) <input type="checkbox"/> わからない ※麻酔の処置に必要な情報です。
内科的な病気を教えてください	<input type="checkbox"/> 何もなく健康 <input type="checkbox"/> 風邪をひいている <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病(心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺(バセドウ氏病・橋本病) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝臓病(アルコール・脂肪肝・B肝・C肝・肝臓ガン・その他) <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 精神的な病気 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー(薬・花粉・食物・ホコリ・動物・その他 ) <input type="checkbox"/> ガン( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※治療(特に麻酔・出血の伴う処置)の際に必ず必要な情報となります。上記以外でも何かございましたら教えてください。治療の際は細心の注意を払いますのでご協力お願いいたします。
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 年 月頃)
歯を抜いた時、何かありましたか	<input type="checkbox"/> 何もない <input type="checkbox"/> ある( )
診療についてのご希望があれば教えてください	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えて欲しい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしたい ※治療内容によっては、できないこともあります。ご了承ください。 <input type="checkbox"/> 来院回数が増えても、一度の治療は少しずつにして欲しい。 <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので注意して欲しい。 <input type="checkbox"/> 保険のきく範囲で治したい。 <input type="checkbox"/> なるべく保険で一部自費でもかまわない。 <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治したい。 <input type="checkbox"/> その他( )